

2-Е МЕСТО В КОНКУРСЕ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ НОГР ЗА 2008 г.

ПОЛИПЫ КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КЛИНИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ПРОГНОЗ

Сергеева Т. Н.

ММА им. И. М. Сеченова, Клиника детских болезней

Сергеева Татьяна Николаевна

Г. Королев, ул. 50 лет ВЛКСМ, 11–6

Тел.: 8 (499) 2484616,

E-mail: serggevato6@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Автор в течение от 1 до 9 лет наблюдала 105 детей с полипами кардиоэзофагеального перехода, выявленными при проведении ЭГДС. Из них 55 детей с полипами размером до 5 мм наблюдались консервативно и 50 — с полипами размером более 5 мм и другими показаниями, перенесли эндоскопическую полипэктомию (ЭП). Полипы обнаруживались наиболее часто у мальчиков 7–15 лет и не имели специфической клинической симптоматики; гистологически относились к гиперпластическому типу. У большинства детей (94,5%), наблюдавшихся консервативно, отмечалось отсутствие роста и обратное развитие полипов. Факторами риска рецидивирования полипов у детей, перенесших ЭП, явились прогрессирование нарушений моторики пищевода и эзофагита. По данным суточного мониторинга pH в пищеводе, щелочной вариант гастроэзофагеального рефлюкса отмечался только у детей с полипами и не встречался у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без полипов ($p = 0,04$).

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный переход; полип; дети; эндоскопия.

SUMMARY

105 children with polyps of esophago-gastric junction region, detected by gastroscopy, were under follow up during 1–9 years. 55 children with polyp size less than 5 mm were followed up without endoscopic polypectomy (EP) and 50 children with polyp size more than 5 mm and another indications underwent EP. Polyps were more frequently encountered in males aged 7–15 years without specific clinical symptoms; histologically, there were hyperplastic polyps. The majority of children (94.5%) treated conservatively were found to have absence of growth or polyp regression. Risk factors of reappearing of polyps after EP were progress of esophagitis and abnormal gastroesophageal flap valve. According to results of 24-hour pH monitoring of esophagus, alkaline gastroesophageal reflux was diagnosed only in patients with polyps in comparison with children without polyps with chronic diseases of upper floor of digestive tract ($p = 0.04$).

Keywords: junction esophago-gastric region, polyps, kids, endoscopy.

Актуальность. В настоящее время нередкой находкой при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у детей становится обнаружение полипов в области кардиоэзофагеального (или пищеводно-желудочного) перехода. Полипы кардиоэзофагеального перехода (КЭП) — это видимые эндоскопически выбухания слизистой оболочки (СО), состоящие из эпителиальных элементов, располагающиеся в области зубчатой линии или чуть ниже. Полипы КЭП встречаются преимущественно в детском возрасте. Они преобладают в структуре

полиповидных образований верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей, составляя 41–55% [1; 2]. В патогенезе возникновения полипов данной локализации большое значение придается нарушению замыкательной функции кардии и гастроэзофагальному рефлюксу (ГЭР) [3–5]. Однако результаты суточного мониторинга pH в пищеводе у детей с данной патологией недостаточны и противоречивы. В настоящее время нет единых подходов к тактике ведения пациентов с полипами КЭП, а также единой тактики в отношении

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ КЭП ПО ПОЛУ				
Пол	Группы пациентов			
	дети, наблюдавшиеся консервативно (n = 55)		дети, перенесшие ЭП (n = 50)	
	абс.	%	абс.	%
Мальчики	46	83,6	33	66,0
Девочки	9	16,4	17	34,0

гистологического исследования. Эндоскопическая полипэктомия (ЭП) — основной метод лечения полипов КЭП — является инвазивной процедурой, часто проводимой под наркозом. Достаточно обширная группа детей имеет небольшие полипы, не подлежащие ЭП. Кроме того, в литературе имеются многочисленные сведения о рецидивировании полипов [1; 4; 6]. Таким образом, вопрос о тактике динамического наблюдения и консервативном лечении детей с полипами КЭП является весьма актуальным.

Важность изучения данной проблемы также связана с вероятностью развития диспластических изменений полипозной ткани.

Таким образом, актуальным представляется изучение причин возникновения, оценка отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения полипов КЭП, а также отработка тактики ведения детей с данной патологией.

Цель исследования: на основе анализа причин возникновения и оценки эффективности проводимой терапии полипов КЭП у детей разработать рекомендации по динамическому наблюдению, тактике ведения и лечению детей с данной патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группу исследования составили 105 детей с полипами КЭП, выявленными при проведении ЭГДС, со сроком катamnестического наблюдения от 1 до 9 лет ($M \pm \sigma = 3,1 \pm 1,8$ года). Дети проходили обследование и лечение в клинике детских болезней ММА имени И. М. Сеченова (директор — д. м. н., профессор Н. А. Геппе) или Измайловской детской городской клинической больницы (главный врач — А. П. Жарков, зав. эндоскопическим отделением — к. м. н. М. А. Квирквелия).

Пациенты были разделены на две группы. Первую составили 55 детей, наблюдавшихся консервативно. У пациентов этой группы были полипы размером менее 5 мм, не подлежащие удалению. Во вторую группу вошли 50 детей с полипами размером более 5 мм или другими показаниями к их удалению, которым была проведена ЭП.

В исследование были включены следующие методы: клиничко-анамнестическое исследование, ЭГДС, морфологическое исследование биоптатов полипов и суточное мониторирование pH в пищеводе и желудке.

ЭГДС проводилась с помощью видеоэндоскопической системы EPX-201H фирмы *Fujinon* (Япония). Формулировка заключений проводилась в соответствии с Минимальной стандартной терминологией эндоскопии пищеварительной системы [Маржатка З., Федоров Е. Д., 1996].

Для оценки степени повреждения СО пищевода использовалась классификация рефлюкс-эзофагита у детей по G. Tytgat в модификации В. Ф. Приворотского с соавторами (2005): I степень — очаговая эритема и (или) рыхлость СО абдоминального отдела пищевода; II степень — то же + появление одиночных эрозий; III степень — то же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии; IV степень — язва пищевода, синдром Барретта, стеноз пищевода.

При морфологическом исследовании для характеристики полипов использовалась Международная гистологическая классификация опухолей пищевода и желудка № 18 на основе рекомендаций ВОЗ (1982).

24-часовое мониторирование pH проводилось при помощи аппарата «Гастроскан 24» («Исток-Система», Россия) и трансназального pH-зонда ГЗ-24-Д4 до назначения антисекреторных препаратов.

Для оценки pH-грамм в пищеводе использовались критерии, разработанные T. R. DeMeester и соавт. [7].

Патологический кислый ГЭР диагностировался в тех случаях, когда общая продолжительность снижения внутрипищеводного pH ниже 4,0 составляла более 4,5% времени исследования, число рефлюксов превышало 47 за сутки, а индекс DeMeester превышал 14,7.

Подъемы pH в пищеводе выше 7,5 более 27 раз в сутки расценивались как патологический щелочной ГЭР [8, 9].

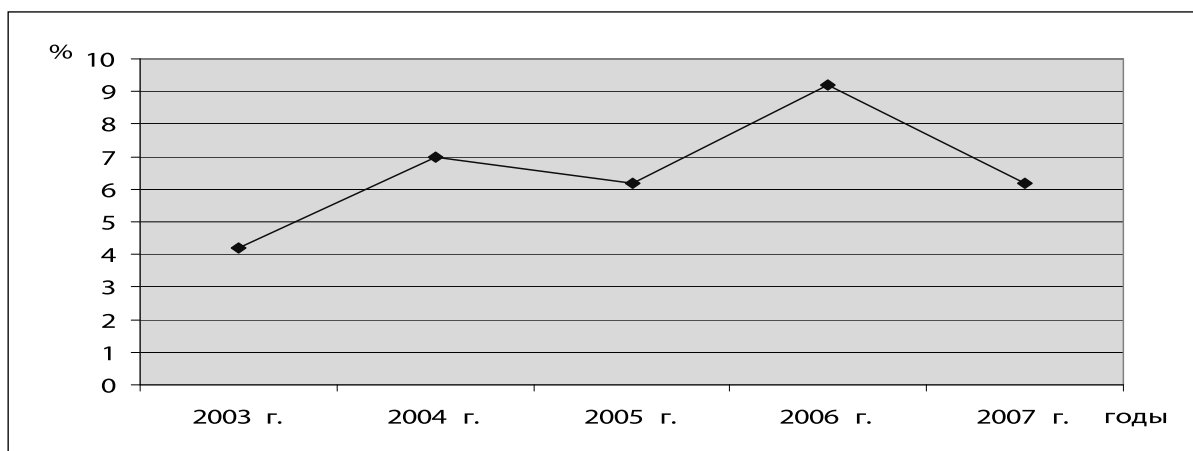


Рис. 1. Частота обнаружения полипов кардиоэзофагеального перехода по данным клиники детских болезней за 2003–2007 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I. Клинические проявления, эндоскопические и гистологические изменения у детей с полипами кардиоэзофагеального перехода

1.1. Возрастно-половая характеристика и клинические проявления

Полипы КЭП наиболее часто выявлялись у детей 7–15 лет, при этом у пациентов с небольшими полипами, наблюдавшихся консервативно, они обнаруживались достоверно чаще в подростковом возрасте (13–15 лет): 36,4% против 16,0% среди детей, перенесших ЭП ($p = 0,016$). А у детей, перенесших ЭП, полипы чаще выявлялись в младшем школьном возрасте (7–9 лет): 38,0% против 21,8%.

Как видно из табл. 1, во всех группах отмечалось преобладание мальчиков, которые составили 66,0% среди детей, перенесших ЭП ($p = 0,002$),

и 83,6% среди детей, наблюдавшихся консервативно ($p < 0,001$).

Основные клинические симптомы, отмечаемые у детей с полипами КЭП, представлены в табл. 2.

На протяжении наблюдения пациенты наиболее часто предъявляли жалобы на боли в животе (84,8%). Среди диспепсических явлений преобладали тошнота (32,4%), отрыжка (31,4%), изжога (28,6%), рвота (21,9%). Реже отмечались снижение аппетита, халитоз, горечь во рту.

Таким образом, дети с полипами КЭП предъявляли жалобы, характерные для хронических воспалительных заболеваний ВОПТ, что подтверждает данные других исследователей [3; 5–7].

1.2. Эндоскопические изменения у детей с полипами КЭП

По данным клиники детских болезней за 2003–2007 гг., частота обнаружения полипов КЭП

Таблица 3

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОВ КЭП У ДЕТЕЙ				
Эндоскопические признаки на момент выявления полипа	Дети, наблюдавшиеся консервативно ($n = 55$)		Дети, перенесшие ЭП ($n = 50$)	
	абс.	%	абс.	%
Размер полипа:				
утолщенная складка кардии	18	32,7*	2	4,0*
2–4 мм	30	54,5*	6	12,0*
5–7 мм	7	12,8*	31	62,0*
8–10 мм	—	—	11	22,0*
Тип полипа (для полипов размером от 2 мм):				
на широком основании	36	97,3	44	91,7
с формирующейся ножкой	1	2,7	3	6,2
на ножке	—	—	1	2,1
Эрозирование СО полипа	2	3,6*	8	16,0*

* — статистически достоверные различия.

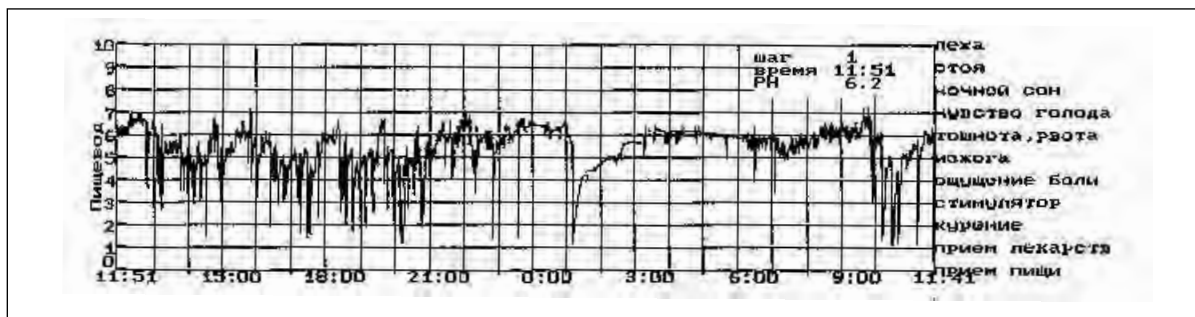


Рис. 4 а. Суточное мониторирование pH в пищеводе у пациента 17 лет с кислотным ГЭР. Общее время с pH < 4–6,9%, общее число рефлюксов — 71, самый длительный рефлюкс — 14 мин 40 с, индекс De Meester — 24,7

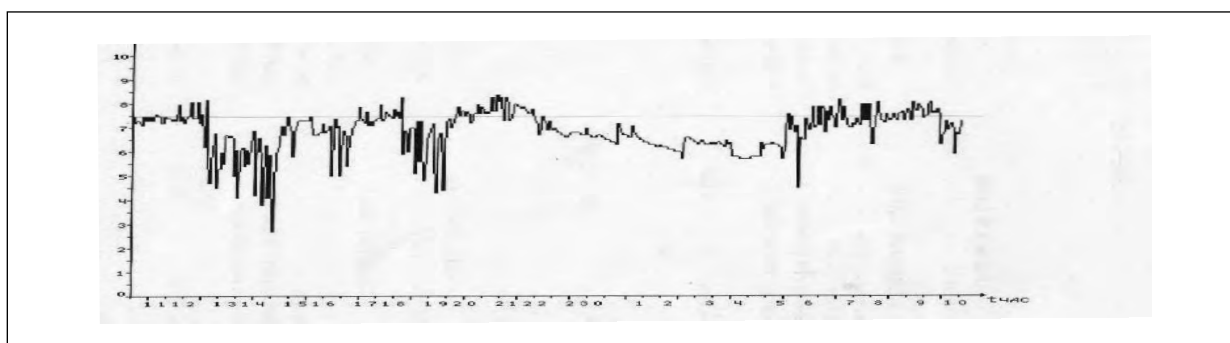


Рис. 4 б. Суточное мониторирование pH в пищеводе у пациента 14 лет с щелочным ГЭР. Общее число рефлюксов с pH > 7,5–33, общее время с pH < 4–1,2%, общее число рефлюксов с pH < 4–30, индекс De Meester — 5,3

при проведении ЭГДС составляет в среднем 6,6% с колебаниями в различные годы от 4,2 до 6,2% и имеет тенденцию к нарастанию (рис. 1).

При оценке эндоскопических характеристик полипов КЭП было выявлено, что они наиболее часто располагались по задней или правой стенкам пищеводно-желудочного перехода (у 90,9% пациентов) и достоверно реже выявлялись на левой и передней стенках (9,1%, $p < 0,001$).

У большинства детей, наблюдавшихся консервативно, размеры полипов не превышали 4 мм (54,5%) или даже определялись как утолщенная складка кардии (32,7%). У детей, перенесших ЭП, в большинстве случаев (84,0%) полипы имели размеры от 5 до 10 мм (табл. 3, рис. 2*). В подавляющем большинстве случаев полипы имели широкое основание (94,5%).

У пациентов с меньшими размерами полипов, наблюдавшихся консервативно, в отличие от пациентов, перенесших ЭП, не отмечалось полипов на ножке, реже встречались полипы с формирующейся ножкой (2,7% против 6,2%), а также достоверно реже отмечались воспалительные изменения на поверхности полипа в виде эрозирования (3,6% против 16,0%, $p = 0,04$), рис. 2в*.

При оценке сопутствующих эндоскопических изменений ВОПТ за все время наблюдения было выявлено, что полипы КЭП у подавляющего большинства детей, как наблюдавшихся консервативно, так и перенесших ЭП, сопровождалась воспалительными изменениями в пищеводе (98,2 и 88,0% соответственно). При этом часто (у 61,8 и 64,0% детей соответственно) обнаружи-

валась линейная эрозия над полипом. У всех детей отмечались явления гастрита и дуоденита различной степени выраженности. Нарушения моторики нижнего пищеводного сфинктера в виде недостаточности кардии и гастроэзофагеального пролапса были диагностированы в 56,3 и 40,0% случаев соответственно, дуоденогастральный рефлюкс — в 82,0%.

1.3. Гистологические изменения у детей с полипами КЭП

При гистологических исследованиях у наблюдаемых детей диагностировались гиперпластические полипы кардиального отдела желудка — у 86,4% пациентов (рис. 3 а*) и начальный этап формирования гиперпластического полипа — фовеолярная гиперплазия — у 13,6% детей (рис. 3 б*).

В 60,0% случаев в СО полипа выявлялись воспалительные изменения в виде лимфоплазмочитарной инфильтрации собственной пластинки.

II. Суточная pH-метрия у детей с полипами КЭП

Суточное мониторирование pH в пищеводе было проведено 19 пациентам с полипами КЭП и 12 детям с хроническими воспалительными заболеваниями ВОПТ без полипов.

По данным суточного мониторинга pH в пищеводе в группе детей с полипами, физиологические ГЭР были выявлены у 11 пациентов, у 8 больных диагностированы патологические ГЭР (табл. 4). Среди пациентов с патологическими ГЭР у четырех детей отмечался его кислотный вариант (рис. 4 а) и у четырех — щелочной (рис. 4 б).

* см. цветную вклейку в журнал

Таблица 4

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ГЭР У ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ И В КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЕ					
Варианты ГЭР	Группы пациентов				p
	дети с полипами (n = 19)		контрольная группа (n = 12)		
	абс.	%	абс.	%	
Физиологические	11	57,9%	10	83,3%	0,12
Патологические кислотные	4	21,0%	2	16,6%	0,69
Патологические щелочные	4	21,0%	—	—	0,04

Таблица 5

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭП		
Дети, перенесшие ЭП	Возраст проведения ЭП, лет	
	6–10	11–15
Дети с рецидивами (n = 23)	16 (69,6%)	7 (30,4%)
Дети без рецидивов (n = 27)	9 (33,3%)	18 (66,7%)
	p = 0,007	p = 0,007

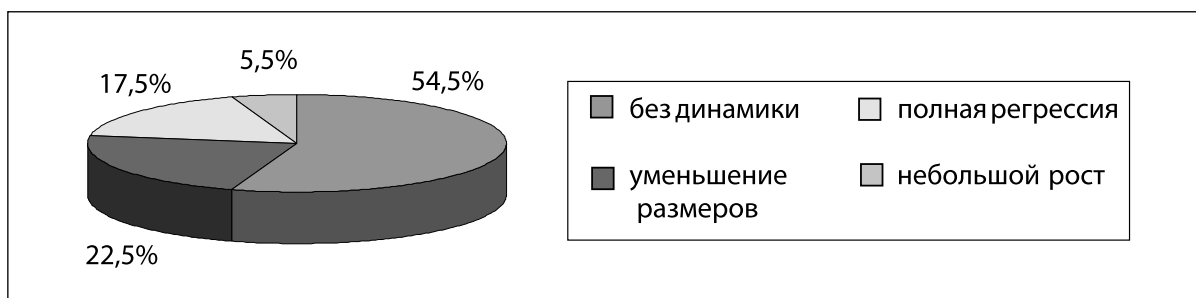


Рис. 5. Динамика полипов КЭП у детей, наблюдавшихся консервативно

У большинства пациентов контрольной группы (83,3%) были выявлены физиологические ГЭР (табл. 4). Патологический кислый ГЭР отмечался у двух подростков 16 и 17 лет (16,6%).

По сравнению с детьми группы контроля у пациентов с полипами КЭП патологические ГЭР встречались в 2,5 раза чаще — у 42,0% больных. Отметим, что щелочной вариант патологических ГЭР выявлялся только у детей с полипами и не встречался в контрольной группе ($p = 0,04$).

III. Катамнез детей с полипами кардиоэзофагального перехода

3.1. Консервативное ведение детей с полипами КЭП

Мы провели катамнестическое наблюдение детей с полипами, не подвергавшихся ЭП ($n = 55$), в течение от 1 до 8 лет ($M \pm \sigma = 2,7 \pm 1,5$ года).

Всем пациентам, наблюдавшимся консервативно, мы проводили контрольные ЭГДС 1 раз в 3–6 мес. Дети получали терапию антацидами, прокинетиками,

ферментами и половина из них — эрадикационную антихеликобактерную терапию. Динамическое наблюдение детей показало, что у большинства пациентов (30 детей — 54,5%) размеры полипа не изменялись, у 22 (40,0%) детей было отмечено обратное развитие полипов в виде уменьшения его размеров и исчезновения (у 17,5%) в течение от двух до семи лет (рис. 5). И только у трех детей (5,5%) выявлен небольшой рост полипа ($p < 0,001$).

3.2. Катамнез детей, перенесших эндоскопическую полипэктомию

С целью оценить эффективность ЭП мы наблюдали 50 детей, перенесших ее с 1999 по 2004 год. Показаниями к ЭП являлись: размер полипа более 5–6 мм, полипы на ножке, с эрозированием поверхности, кровоточащие, интенсивный рост полипа (более чем в 1,5 раза за год).

Катамнестическое наблюдение в течение от 1 до 9 лет ($M \pm \sigma = 3,6 \pm 2,0$ года) не выявило рецидивов полипообразования у 27 детей, и у 23 (46,0%) отмечалось

повторное возникновение полипов. Частота рецидивов полипообразования составила 43,0% и после повторно проведенных ЭП.

Как можно видеть в табл. 5, в группе с рецидивами было вдвое больше детей, которым оперативное вмешательство проводилось в младшем школьном возрасте. А в группе без рецидивов полипэктомия достоверно чаще выполнялась в подростковом возрасте ($p = 0,007$).

Установлено, что у детей с рецидивами после проведения ЭП достоверно возрастала частота выявления эзофагита (причем более чем у 77,0% детей диагностировался эзофагит II степени), недостаточности кардии и гастроэзофагеального пролапса с 21,7 до 52,2% ($p = 0,03$), ДГР — с 39,1 до 95,7% ($p < 0,001$). У детей без рецидивов ухудшения эндоскопических показателей после выполнения ЭП не происходило (рис. 6).

ВЫВОДЫ

1. Частота обнаружения полипов кардиоэзофагеального перехода при проведении ЭГДС у детей увеличилась с 4,2% в 2003 году до 6,2% в 2007 году.

2. Полипы кардиоэзофагеального перехода наиболее часто обнаруживаются у мальчиков 7–15 лет, не имеют специфической симптоматики и являются диагностической находкой при проведении ЭГДС.

3. Полипы кардиоэзофагеального перехода у 93,3% детей сопровождаются воспалительными явлениями в пищеводе, нередко (в 62,0% случаев) — с образованием линейной эрозии над полипом; явлениями гастрита, дуоденита различной степени выраженности. По морфологическому строению полипы относятся преимущественно к гиперпластическому типу.

4. У детей с полипами кардиоэзофагеального перехода одинаково часто, по данным суточного мониторинга pH в пищеводе, регистрируются патологические кислотные и щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы. Щелочной вариант рефлюкса характерен только для детей с полипами и не встречался у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без полипов ($p = 0,04$).

5. У большинства детей (94,5%) с полипами размером менее 5 мм, не подвергавшихся полипэктомии,

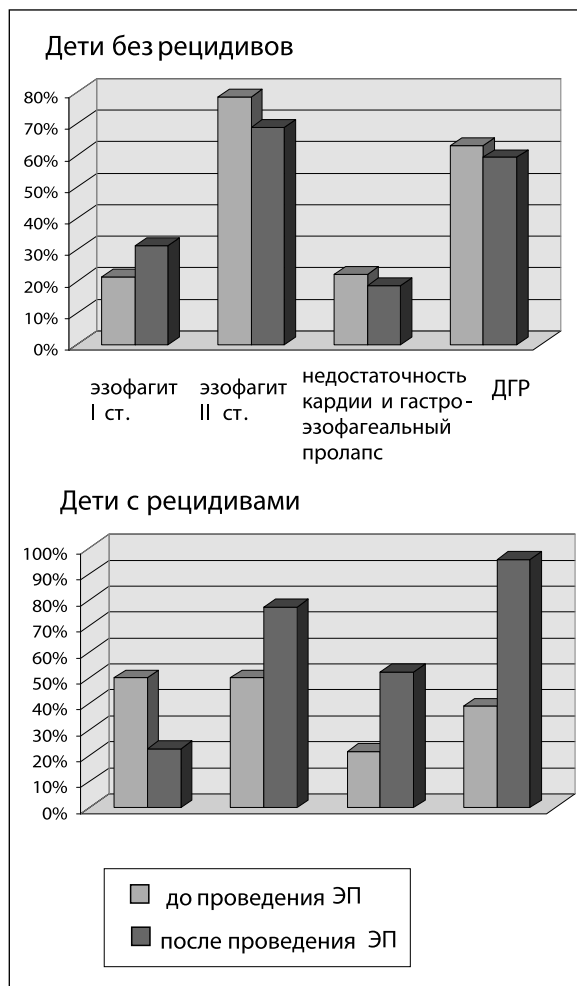


Рис. 6. Эндоскопические изменения ВОПТ у детей до и после проведения ЭП

мии, отмечается отсутствие роста и обратное развитие полипов в течение от двух до семи лет.

6. Выявлена высокая частота рецидивов после полипэктомии (46,0%), в том числе и после повторного ее проведения.

7. У детей с рецидивами полипов достоверно чаще наблюдаются нарушения моторики пищевода и прогрессирование воспалительных изменений его слизистой оболочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саралов С.Н., Волков А.И., Потехин П.П. и др. Клинические проявления и морфофункциональные изменения слизистой оболочки у детей с полипами верхних отделов пищеварительного тракта//Педиатрия. — 2002. — № 3. — 34–38.
2. Щербаков П.Л. Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей, клиничко-эндоскопические исследования: дис.... докт. мед. наук. — М., 1997.
3. Минько Т.Н. Использование современных технологий в диагностике и лечении полипов пищевода у детей: дис.... канд. мед. наук. — Тверь, 2005.
4. Сосюра В.Х., Таберовская Е.М., Новикова А.В. и др. Полипы пищевода у детей: материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов. России, 2005.

5. Bak-Romaniszyn L, Czkwaniac E., Suski S. et al. Cardiac polyps in children are results of gastro-esophageal reflux. Abstracts of 13th World Congress of Gastroenterology. — Montreal, 2005: CD.
6. Князева Б.Г. Оценка эффективности и обоснование применения антисекреторных и антибактериальных препаратов в лечении больных с полипами желудка: дис.... канд. мед. наук. — Ижевск, 2003.
7. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Updated guidelines for diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease//Annu. Rev. Med. — 1999. — Vol. 50. — P. 469–506.
8. Гнусаев С.Ф., Иванова И.И., Апенченко Ю.С. Диагностика гастроэзофагеального рефлюкса при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей: пособие для врачей. — М., 2003. — 40 с.
9. Пахомовская Н.Л. Клиническое значение суточной pH-метрии при ГЭРБ у детей: дис.... канд. мед. наук. — М., 2006.